

APPLICATION FORM FOR ASSISTANCE

सहायता हेतु आवेदन प्रारूप

(Healthcare)

(स्वास्थ्य देखभाल)

Koshika
Foundation
Building Smiles of Life

APPLICATION No. /

आवेदन संख्या :

B/0447/0000

APPLICATION DATE :

आवेदन तिथि

14/7/2017

NAME of APPLICANT :

आवेदक का नाम

Lakshmanma.

AGE-YEARS आयु-वर्ष

SEX लिंग

65

M/F

FATHER'S/SPOUSE'S NAME :

पिता/पत्नी का नाम

Narayana

PRESENT RESIDENCE ADDRESS वर्तमान निवास पता

Seeneipatti. K.V. Patti. Mandalam.

PERMANENT RESIDENCE ADDRESS : स्थायी निवास पता

Piler, Chittoor Dist, Andhra Pradesh.

OCCUPATION :

व्यवसाय

House wife.

TOTAL ANNUAL INCOME

कुल वार्षिक आय

46,000/-

(Attach Proof of Income)

(आय का प्रमाण प्रस्तुत करें)

PAY No. पत्र संख्या

AND YOU AN INCOME TAX ADDRESSEE (Tick whichever is applicable)

आप आय और करदाता हैं (जो लागू हो उसे या दोनों का चिह्न लगाएं)

Yes / No

हाँ / नहीं

Sl. No.

क्रम संख्या

Name of Family Member

परिवार के सदस्य का नाम

Age (Years)

उम्र (वर्ष)

Gender

लिंग

Relation with Applicant

आवेदक से संबंध

One Daughter Married.

BASIS for REQUESTING ASSISTANCE (Tick whichever is applicable)

सहायता के लिए निम्न कारण

BPL Card

(Attach Card Copy)

गरीबी रेश का प्रमाण पत्र

(अलग पत्र की साथ प्रती संलग्न करें)

EWS Certificate

(Attach Certificate Copy)

आय और वर्ग प्रमाण पत्र

(अलग पत्र की साथ प्रती संलग्न करें)

Ration Card

(Attach Copy)

आपूर्तिकर्ता कार्ड

(अलग पत्र की साथ प्रती संलग्न करें)

Any Other

Basic Proof

आप कोई प्रमाण

"PURPOSE" for REQUESTING ASSISTANCE

सहायता हेतु निम्न पर निम्न का उद्देश्य:

Sl. No.

क्रम संख्या

Medical Reports/Prescriptions Attached

चिकित्सा/प्रीस्क्रिप्शंस जोड़ी की गई प्रमाणित प्रती संलग्न

Dev for Right Eye

Cataract for Right Eye.

ASSISTANCE BEING AVAILED BY SAME "PURPOSE" from OTHER SOURCES

इस उद्देश्य के हेतु कोई अन्य सहायता किसी अन्य स्रोत से लिए गए हैं?

Sl. No.

क्रम संख्या

NAME of OTHER SOURCE

अन्य स्रोत का नाम

AMOUNT of ASSISTANCE BEING AVAILED

जो प्राप्त सहायता पानी

B.W.L.E.H.

0202 0202
Lakshmanma Lakshmanma
post op post op

